

ARTICOLI

Il linguaggio delle parole, il linguaggio del corpo e il linguaggio delle immagini nel processo di cambiamento¹

Lorenzo Cionini

Centro Studi in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze

In un'ottica costruttivista, il processo terapeutico è finalizzato essenzialmente a permettere un cambiamento delle aspettative del paziente nei confronti di sé, e di sé con gli altri, e dei significati che la persona costruisce rispetto alla propria esperienza presente e passata. Lo strumento fondamentale di tale processo è la relazione terapeutica che si costruisce e si evolve attraverso i significati che paziente e terapeuta co-creano, prevalentemente a livello implicito. L'interazione si sviluppa attraverso canali multipli e simultanei di comunicazione che coinvolgono contemporaneamente le parole, il modo di strutturare le frasi, le inflessioni prosodiche e i segnali corporei che le accompagnano, i tempi dei silenzi; tutti elementi che modificano i "significati sentiti" che possono talvolta, ma non sempre né necessariamente, richiedere una rilettura esplicita narrativa. Nel presente contributo vengono analizzate le caratteristiche distintive delle diverse modalità comunicative utilizzabili nel setting che, pur nella loro necessaria simultaneità nell'interazione paziente-terapeuta, perseguono scopi e hanno effetti diversi sul processo di cambiamento. La dimensione implicita e quella esplicita dei differenti linguaggi, e la loro efficacia sull'avanzamento terapeutico, sono analizzate anche attraverso l'ausilio di alcuni esempi clinici e brevi trascritti di sedute.

Parole chiave: costruttivismo, intersoggettività, immaginazione guidata, comunicazione corporea.

In a constructivist perspective, the aim of the therapeutic process is essentially to allow a change in the expectations of the patient with regard to himself, and himself to others, and to allow for a change in the meanings that the person constructs regarding to his/her present and past experience. The key instrument of this process is the therapeutic relationship that is built and that evolves through the meanings that patient and therapist co-create, mainly implicitly. The interaction develops through multiple and simultaneous communication channels involving at the same time the words, the phrase structure, the prosodic inflections,

¹ Una traduzione in inglese di questo articolo uscirà sul prossimo numero della rivista.

Il linguaggio nel processo di cambiamento

the bodily signals, the times of silence; all elements that modify the "felt meanings" that can sometimes, but not always or necessarily, require an explicit narrative reinterpretation. In this paper we analyse the distinctive characteristics of the different modes of communication used in the setting, that despite their necessary simultaneity, in the patient therapist interaction, pursue goals and have different effects on the process of change. The implicit and explicit dimension of different languages, and their effectiveness for therapeutic progress, are also analysed through the aid of some clinical examples and short transcripts of sessions.

Keywords: *constructivism, intersubjectivity, guided imagery, body communication.*

P[adre]. [...] L'idea che la lingua sia fatta di parole è tutta una balordaggine [...] non esistono "parole pure e semplici". E tutta la sintassi e la grammatica e tutta quella roba lì è una balordaggine. È tutto basato sull'idea che esistano le "parole pure e semplici"... e invece non ci sono..

F[iglia]. Ma, papà...

P. Ti dico... che dobbiamo ricominciare tutto da capo e supporre che una lingua sia prima di tutto un sistema di gesti. Dopo tutto gli animali hanno solo gesti e toni di voce... E le parole furono inventate più tardi. Molto più tardi e dopo si inventarono i professori. [...]

F. Sarebbe una buona cosa se la gente lasciasse perdere le parole e ricominciasse a usare soltanto i gesti?

P. Mah... non lo so. Naturalmente in quel modo non ci sarebbe possibile fare nessuna conversazione. Potremmo solo abbaiare, o miagolare, e agitare le braccia qua e là, e ridere e brontolare e piangere. Ma potrebbe essere divertente... la vita sarebbe come una specie di balletto... dove i ballerini si farebbero la musica da sé. (Gregory Bateson, 1972, p. 46 della trad. it)

Il termine "linguaggio", quando utilizzato senza ulteriori specificazioni possiede un elevato tasso di indefinitezza. Nell'uso comune quando si parla di linguaggio ci si riferisce spesso alla "lingua", ovvero alle parole e all'insieme di possibili frasi generabili seguendo le regole di una specifica lingua.

Più correttamente però il linguaggio può essere definito come "un qualunque sistema di simboli usato per comunicare". Non è un caso, infatti, che alla parola "linguaggio" ne sia spesso aggiunta qualche altra per chiarire di cosa si stia parlando: linguaggio delle parole, linguaggio dei gesti, linguaggio degli animali, linguaggio del cinema, linguaggio dei fiori ecc.. sono soltanto alcuni esempi di un elenco ben più lungo.

In una prospettiva della psicoterapia in cui si fa riferimento all'epistemologia costruttivista radicale (von Glasersfeld, 1982, 1984, 1988) e all'intersoggettività (Stern, 1985, 2004; The Boston Change Process Study Group, 2010) il cambiamento si declina in termini di un *cambiamento di significati* rispetto alla percezione di sé, e di sé con gli altri, ovvero del modo di costruire le proprie esperienze (cfr. Cionini, 2013). Significati che – è importante sottolinearlo – possono essere costruiti sia a livello della propria conoscenza implicita sia di quella esplicita.

La conoscenza implicita comprende tutto ciò che avviene nel nostro organismo senza che si sia in grado di costruirsi una rappresentazione consapevole. È ciò che *sappiamo senza sapere di sapere*: è la conoscenza posseduta dal nostro corpo che influenza non consapevolmente le nostre azioni, i nostri pensieri e i nostri sentimenti. Nel processo di sviluppo, dalla nascita e nel corso di tutta la vita, la conoscenza implicita si costruisce prevalentemente attraverso gli scambi con i co-specifici, in particolare all'interno dei legami di attaccamento o comunque delle relazioni emotivamente e affettivamente significative. È una conoscenza che non è per lo più traducibile in parole e che rappresenta un diverso modo del sapere rispetto a quella esplicita (Stern, 2004, 2006).

La conoscenza esplicita, viceversa, è consapevole, comprende tutto ciò che *sappiamo di sapere* relativamente alla nostra esperienza e che siamo potenzialmente in grado di tradurre in parole; richiede quindi la capacità di utilizzare un registro narrativo e, in linea di massima, è il risultato di un processo di riflessione – a posteriori – effettuato rispetto a *un’esperienza in prima persona*.

È importante considerare che la conoscenza implicita e quella esplicita si influenzano a vicenda ma, contemporaneamente, che sono sistemi distinti e paralleli che operano in buona parte indipendentemente fra loro.

Il cambiamento in psicoterapia passa soprattutto attraverso la comunicazione implicita fra paziente e terapeuta, dal modo in cui interagiscono e creano implicitamente nuove esperienze relazionali diadiche, che permettono di riconcettualizzare e dare nuove forme agli schemi inter-soggettivi del passato. Il livello esplicito-verbale è importante ma solo nella misura in cui crea le basi per un cambiamento implicito; gli elementi nuovi co-creati nella relazione paziente-terapeuta modificano il “modello di regolazione attesa” (Beebe & Lachmann, 2002) favorendo nuove aspettative che possono modificare quelle costruite sulla base dell’esperienza storico-individuale. Le nuove esperienze e i significati sentiti nella relazione possono dar luogo a una successiva riflessione e rilettura esplicita, essendo esplorati anche linguisticamente, in modo da creare una maggiore coerenza fra l’identità sentita e l’identità narrata² del paziente (Cionini, 2013).

Nella pratica clinica, diviene quindi importante distinguere, cosa passa a livello implicito e cosa a livello esplicito negli scambi comunicativi fra paziente e terapeuta ovvero quali comunicazioni hanno una maggiore probabilità di indurre una riorganizzazione della conoscenza dichiarativa (esplicita) e quali della conoscenza relazionale implicita.

Con questo contributo mi propongo di analizzare, anche attraverso alcuni esempi clinici, il possibile utilizzo di tre diversi linguaggi comunicativi nel setting e le loro diverse implicazioni sul piano del cambiamento: il linguaggio delle parole, il linguaggio del corpo e il linguaggio delle immagini.

Il linguaggio delle parole

Rispetto alla comunicazione verbale, una prima distinzione, sicuramente corretta anche se parziale, è quella fra il suo contenuto e la sua forma espressiva: il contenuto rappresenta la dimensione prevalentemente esplicita della comunicazione verbale mentre la forma espressiva (il ritmo dell’eloquio, il tono e il volume della voce, nonché i micro e macro movimenti corporei che, di necessità, accompagnano le parole) veicola le dimensioni implicite di significato.

La relazione fra contenuto e forma espressiva può essere molto diversa a seconda degli obiettivi che guidano il parlante e si traduce nelle diverse forme prosodiche con le quali le parole e le frasi vengono pronunciate.

Nella conversazione ordinaria di solito i parlanti pongono un’attenzione prevalente o esclusiva al contenuto della propria produzione linguistica, sottovalutandone la forma e i significati impliciti. Contemporaneamente sono ampiamente influenzati dagli impliciti presenti nella forma espressiva della comunicazione che ricevono dall’altro, perlopiù in maniera solo parzialmente – o per niente – consapevole. “Litigare sui calzini sporchi” è una metafora tipicamente utilizzata per descrivere un modo comune di affrontare i conflitti fra coniugi quando nella discussione si

² Per “identità narrata” ci si riferisce a ciò che ciascuno è in grado di dirsi a parole rispetto a sé e alla propria esperienza di vita, per “identità sentita”, viceversa, ciò che sappiamo di noi soltanto a livello implicito.

utilizzano contenuti espliciti che poco o niente hanno a che fare con l'essenza del conflitto in corso.

Quando però della conversazione si fa un uso professionale, come nel caso della psicoterapia, l'attenzione dello psicoterapeuta deve essere rivolta soprattutto alla sua dimensione implicita, dal momento che è attraverso questo canale che passano i significati più rilevanti nella relazione e che si realizza, o meno, quel campo intersoggettivo condiviso che può portare a una riorganizzazione della conoscenza relazionale implicita, nell'incontro fra due menti/corpi.

Sulla comunicazione verbale, e sul suo uso in psicoterapia, è però opportuno fare un'ulteriore distinzione, considerando anche soltanto il suo contenuto. Non tutto il contenuto è di per sé esplicito, rispetto alle intenzioni del parlante e, oltre alla forma espressiva, è importante considerare che anche la scelta delle parole e soprattutto il modo di strutturare le frasi veicolano, a parità di contenuto apparente, significati diversi e diverse intenzioni comunicative. Per questo, nella conversazione terapeutica, l'eloquio spesso si spezzetta, le parole sono scelte e talvolta ritirate o rivisitate, le frasi possono rimanere apparentemente incompiute, in relazione all'intenzione per la quale vengono prodotte.

Per chiarire meglio quanto sopra, proviamo a immaginare due ipotetici scenari di un'iniziale conversazione terapeutica per discriminarne le diversità in termini di effetti comunicativi. Immaginiamo di trovarsi con un paziente che ci abbia appena descritto il disagio che prova nei momenti in cui si sente oggetto di attenzione positiva da parte di un'altra persona (soprattutto se affettivamente significativa) e che affermi di avere difficoltà a comprendere la ragione di questo disagio.

Ammettiamo che la prima domanda del terapeuta sia stata formulata più o meno in questo modo:

T. "Questa difficoltà che prova quando si accorge di essere oggetto dello sguardo dell'altro... come la definirebbe?"

È presumibile che una domanda così costruita possa orientare la persona a rispondere in termini semantici ovvero a fornire alcune etichette che definiscano la natura del disagio; ad esempio il paziente potrebbe rispondere:

P. "Beh... in queste situazioni provo un misto fra imbarazzo e rabbia"

Etichette linguistiche (imbarazzo e rabbia) che certamente ci orientano verso una direzione ma che specificano in modo generico ciò che l'altro sta provando, poiché sia la rabbia sia l'imbarazzo possono avere un contenuto esperienziale molto diverso da persona a persona.

Ipotizziamo invece che la domanda iniziale del terapeuta abbia una struttura del tipo:

T. "Come potrebbe descrivere questo disagio come... come sensazione.... come lo sente?... Si accorge dello sguardo dell'altro..."

In questo caso l'obiettivo o l'intenzione iniziale del terapeuta sarebbe orientata in una direzione diversa. La domanda può essere suddivisa in due parti: nella prima è presente un invito a descrivere la propria esperienza corporea (sensoriale), nel contesto relazionale descritto, senza fare uso di etichette semantiche; la seconda frase, pronunciata lentamente e lasciata in sospeso, non conclusa (*Si accorge dello sguardo dell'altro...*), è finalizzata ad aiutare la persona a riposizionarsi immaginativamente in una delle situazioni descritte nelle quali si manifesta quel tipo di disagio.

P. "Come una stretta... dal punto di vista corporeo come se mi mancasse il fiato mmm... come se lo stessi trattenendo. Fisicamente ho la sensazione di tenere... come di chiudere..."

Coerentemente con la prosodia e la struttura linguistica della domanda del terapeuta, la risposta del paziente potrebbe, in questo caso, orientarsi verso una dimensione più sensoriale e corporea.

Già da questo primo scambio la conversazione ha imboccato due strade diverse nonostante che le due ipotetiche domande di apertura possano essere considerate equivalenti, almeno rispetto all'intenzione del terapeuta di ottenere una specificazione più chiara della natura del disagio presentato dalla persona.

Se proviamo a proseguire queste due ipotetiche sequenze conversazionali, i due percorsi potrebbero, di qui in avanti, differenziarsi ulteriormente coinvolgendo, a questo punto, non soltanto la struttura linguistica ma anche gli specifici contenuti espliciti.

Immaginiamo che nel primo caso il terapeuta prosegua ponendo un'ulteriore domanda volta ad ottenere una specificazione dell'etichetta linguistica "imbarazzo":

T. *"Cosa intendo per imbarazzo?"*

Ottenendo una risposta del tipo:

P. *"Quello sguardo crea una centratura su di me... e io ho la sensazione di prendere uno spazio in quella situazione relazionale"*

Il terapeuta potrebbe proseguire con l'intenzione di provare a verificare quale spiegazione del proprio disagio potrebbe essere costruita da parte del paziente:

T. *"Riesce ad immaginare perché il prendere uno spazio nella relazione con l'altro può farla sentire in imbarazzo?"*

Spiegazione che però, presumibilmente, per il momento l'altro non è in grado di formulare.

P. *"Non lo so... ho soltanto la sensazione che devo trovare qualcos'altro da mettere in quello spazio"*

Nel secondo caso il terapeuta, provando a entrare nella metafora corporea del paziente (*Fisicamente ho la sensazione di tenere... come di chiudere*) e a farla propria, potrebbe essere invece interessato a condividerne e svilupparne i possibili significati impliciti. A partire dalle sensazioni provate nel tentativo di calarsi nell'immagine proposta dal paziente, potrebbe rilanciare le sue ultime parole (*Come di chiudere...*) e, come riflettendo fra sé e sé, proseguire offrendogli la propria immagine iconica/sensoriale di quella situazione:

T. *"Come di chiudere..... Come se lo sguardo dell'altro fosse un tentativo di entrarle dentro...?!"*

Ottenendo la risposta:

P. *"Sì, è come se mi arrivasse dentro..."*

Quindi, proseguendo su questa stessa dimensione immaginativa chiedesse:

T. *"Una richiesta di contatto...?"*

E in seguito a una risposta affermativa, cerchi di connettersi alle sensazioni del paziente attraverso le proprie. Ammettiamo che le parole del paziente abbiano indotto il terapeuta a visualizzare/associare l'immagine di una tridacna aperta³ che non appena sfiorata si chiude con grande rapidità e che quindi, ispirandosi a quell'immagine, prosegua proponendo, in termini ipotetici – e utilizzando quello che definisco il linguaggio dell'Io – le sensazioni che gli sono arrivate attraverso la propria associazione.

T. *"E il fatto che mi tocchi mi porta a chiudermi.... Mi spaventa?"*

Che il paziente conferma definendola però, contemporaneamente, come una sensazione senza senso:

P. *"La sensazione è quella del pericolo... Non è logico... Ma..."*

T. *"Però... di fatto quello che lei sente è un contatto..... Mi vien da dire.... Non so se è corretto... Troppo forte?!... E per questo pericoloso!?"*

³ Mollusco con un guscio a due valve che ospita al suo interno alghe simbiotiche che gli conferiscono un'intensa colorazione, dal blu al verde; durante il giorno la conchiglia è aperta ma si chiude, per proteggersi, e rimane serrata anche a lungo, quando percepisce la possibilità di un "contatto pericoloso".



Il linguaggio nel processo di cambiamento

Proponendosi con quest'ultimo intervento due diversi obiettivi: in primo luogo quello di validare la persona rispetto alle sensazioni che prova e che ha definito "non logiche"; quindi, a partire dal presupposto che l'esperienza personale abbia sempre e comunque una propria "coerenza interna" – anche quando questa può apparire non evidente sulla base di criteri esterni – con l'interrogativo "*Troppo forte?*", che si connette al senso del pericolo, aiuti la persona a integrare e dare un senso alle proprie sensazioni.

Personalmente, sento questo secondo modo di utilizzare il linguaggio più coerente con la mia visione degli obiettivi della conversazione terapeutica. Un linguaggio che, per il modo di costruire e strutturare le frasi e per la forma espressiva adottata nel proporle, privilegi la comunicazione analogica ed evocativa a partire dall'idea che, come affermavo all'inizio, l'avanzamento terapeutico si attui più probabilmente e nuclearmente attraverso una condivisione di significati impliciti e una sintonizzazione affettiva.

Il corpo e il suo linguaggio

Nella nostra cultura, il corpo tende – per lo più – a essere considerato o come "corpo fisico" (in termini di salute/malattia) o per i suoi aspetti estetici (magro/grasso, bello/brutto ecc.). Ma il corpo è molto di più.

Il corpo costituisce e definisce i confini del Sé; ognuno è dentro il proprio corpo, è il proprio corpo, con la sua storia, con la sua esperienza, nell'unità fra mente e corpo.

Il corpo ha mani, braccia, gambe, tronco, volto... e soprattutto occhi. Il corpo è lo strumento con cui entriamo in contatto con il mondo. È quel qualcosa con cui comunichiamo sempre e con tutti, che lo vogliamo o meno. È quel qualcosa con cui comunichiamo sempre con noi stessi, che lo si stia ad ascoltare o meno.

Nel setting i corpi sono due; si allontanano, si avvicinano anche attraverso micromovimenti; talvolta si toccano anche senza toccarsi, altre volte (anche se più raramente) possono decidere di toccarsi realmente. Comunque, i corpi parlano non avendo bisogno delle parole e, in presenza delle parole, ne definiscono i significati "ultimi", poiché trasmettono significati impliciti, anche quelli di cui si può essere consapevoli solo in parte, o per niente.

Il corpo del paziente è sempre un possibile oggetto di osservazione da parte del terapeuta ma diventa "reale" solo, e quando, diviene oggetto privilegiato di attenzione; solo quando la mente del terapeuta non è tutta (o per lo più) impegnata a pensare, riflettere, fare ipotesi, concentrata su ciò che si dovrebbe fare/dire in quel momento per "essere bravi", risolvere, aiutare l'altro. Diventa "reale" solo quando il corpo del terapeuta è aperto e disponibile ad accogliere i messaggi del corpo dell'altro, permettendosi di sentire le sensazioni e le emozioni che i messaggi dell'altro suscitano in lui/lei; dandogli valore e significato.

Il corpo del terapeuta parla – come quello del paziente – comunque e sempre; nel silenzio, nella conversazione, nell'attesa, anche al di là di qualsiasi intenzione esplicita ma, proprio per il suo diverso ruolo nella relazione, può/deve, o meglio dovrebbe, essere utilizzato – per quanto possibile – in modo più consapevole rispetto a ciò che sta trasmettendo all'altro.

Proprio perché i messaggi che arrivano dal corpo sono più impliciti, di solito ciò che comunicano è più importante del significato esplicito delle parole; i messaggi del corpo arrivano in modo più diretto, sono percepiti più autentici, sono più difficilmente falsificabili.

Il contatto fra i corpi – del terapeuta e del paziente – usualmente non avviene, a parte il saluto formale del darsi la mano (che comunque pur nella formalità può trasmettere molto), ma può essere uno strumento importante da usare, se e quando la qualità e le caratteristiche della relazione e del momento presente lo permettono e lo suggeriscono.

A parte utilizzazioni più tecniche del contatto corporeo, un momento importante può essere quello dell'abbraccio che può avvenire anche solo con un contatto fra le mani che si stringono, così come anche "stringendo" il corpo dell'altro; cosa possibile con alcuni, non con altri; cosa possibile in certi momenti della relazione terapeutica, non in altri; segno tangibile di una condivisione che si è costruita in quella seduta o in quel momento del percorso terapeutico, che permette di fornire/offrire/ricevere un suggello forte, e fortemente sentito, della sintonia che si è creata insieme, che si è vissuta insieme; in un "viaggio affettivo condiviso".

Nella maggior parte dei casi i messaggi scambiati attraverso i corpi non vengono tradotti in parole. Talvolta però, può avvenire che paziente o terapeuta sentano il bisogno e/o l'utilità di comunicare, anche attraverso le parole, ciò che hanno sentito arrivare dal corpo dell'altro.

Primo esempio clinico

La trascrizione che segue rappresenta la parte finale della prima seduta di psicoterapia (successiva al primo colloquio di analisi della domanda e ai tre successivi incontri dedicati alla raccolta della storia di vita) con una giovane donna di circa trent'anni che aveva presentato il suo problema oltre che nei termini di una generale sensazione di caos interno, di perdita d'interesse nella vita e della mancanza di punti di riferimento interni ed esterni, anche e soprattutto nei termini di un allontanamento dal mondo, per una diffidenza generalizzata nei confronti di tutti gli altri, così come anche di se stessa.

Era al suo terzo tentativo di psicoterapia dopo aver interrotto i due precedenti per una sensazione d'inutilità.

Nonostante questo dichiarato senso di inaffidabilità nei confronti degli altri avevo avuto la percezione, fin dai primi momenti, di un contatto intersoggettivo intenso e di una condivisione fluida di momenti carichi affettivamente che fluivano attraverso un riconoscimento reciproco di stati corporei e sensazioni che andavano ben oltre le parole.

Al termine di questa prima seduta la paziente mi verbalizzava la sua fatica a lavorare su se stessa, chiedendo contemporaneamente la mia sensazione rispetto al fatto che avessimo già iniziato a farlo. A una mia conferma che ciò fosse già avvenuto, aveva fatto seguito un momento di silenzio un po' più lungo del solito, durante il quale evidentemente i nostri corpi avevano continuato a dialogare. A quel punto la paziente aveva detto:

P. "No! Non mi faccia stare in silenzio la prego!"

E poiché in un momento precedente della seduta aveva fatto riferimento alla sua difficoltà a lasciarsi andare al dolore e, in quello stesso momento aveva detto "Mi guarda così!" sottolineando di aver colto uno sguardo particolare nei miei occhi, io le chiedevo:

T. (...) "Mi guarda così"! Che.. che cosa le arriva dal mio sguardo?"

P. "...Mmh..... ffh..... No mi vergogno a dirlo è strano... ehm.... Dolcezza!?"

T. "Mh..."

P. "Mmh..... mmh... cioè c'è silenzio ma mi parla con gli occhi e... e non ha un... arrivando in dei punti che non voglio.. no!"

T. "Come se la toccassi!"

P. "Mh, si! No"

T. "Eh, forse era questo che intendevo.. quando abbiamo parlato dell'altro significato.. no?.. di..//"

P. "Mh.. ho capito ora" (sovrapponendosi e anticipandomi)

T. //compassione"

P. "Mh! E come si fa a guardare così? ...Mh.. eh.. Cioè sì che posso.. ma.."

Il linguaggio nel processo di cambiamento

T. *“Come si fa? A parole la risposta è semplice sa, poi... come nella maggior parte delle cose tra le parole ee...”*

P. *“Certo!”*

T. *“Mi verrebbe da dire si sente!”*

P. *“Mh sì!... Si spenge il cervello, si ascolta e basta”*

T. *“Mh”*

“I suoi occhi parlano” è una frase che talvolta mi sono sentito dire da alcuni pazienti. In alcuni casi gli occhi avevano espresso l'intenzione consapevole di condividere una sensazione, un messaggio che aveva maggior probabilità di essere “colto” dall'altro, senza l'uso delle parole. Ma gli occhi, così come il resto del corpo, comunicano sempre in modo implicito e possono creare momenti di contatto intersoggettivo, condivisi contemporaneamente da paziente e terapeuta, che spesso rendono possibile cambiamenti della “conoscenza relazionale implicita” e un avanzamento del processo terapeutico (The Boston Change Process Study Group, 2010).

Nel caso specifico, assolutamente particolare, il fatto che ciò si sia verificato – e sia stato verbalizzato – fin dalla prima seduta ha rappresentato un indicatore importante della probabilità di lavorare proficuamente insieme. Il processo con questa paziente è, infatti, andato avanti in tempi particolarmente rapidi, considerata anche la pesantezza delle esperienze di vita della persona, emerse successivamente nel corso della terapia. Una conferma di quanto riportato in letteratura (cfr. Lingiardi, 2002) rispetto al fatto che la qualità della relazione, nei primissimi incontri, rappresenta un buon predittore dell'esito della psicoterapia.

Non solo corpo: il linguaggio delle immagini

Negli scambi comunicativi che si verificano in psicoterapia, la dimensione emotivo-affettiva è, in qualche modo, sempre presente; ma l'esperienza che la persona può fare nel narrare eventi emotivamente significativi e riflettere su di essi – che è comunque un'esperienza in “terza persona” – è qualitativamente diversa dal riuscire a sentire e rivivere quelle stesse emozioni nel qui e ora del setting ovvero “in prima persona”.

L'uso di procedure immaginative può facilitare, in alcuni momenti, il paziente a focalizzarsi su ciò che sta provando, entrare maggiormente in contatto con le proprie sensazioni, fargliele rivivere in presa diretta ed eventualmente, in un momento successivo, tentare di esprimerle anche a parole (Cionini, 1994).

I codici immaginativi hanno una maggiore contiguità con quelli affettivi ed emotivi, rispetto ai codici linguistici. Frijda ad esempio afferma che “le cognizioni [...] sono emotivamente efficaci solo se viene compiuta una traduzione in termini di formato appropriato [...] questa traduzione non sembra essere accessibile all'intenzionalità e può solo essere facilitata dall'immaginazione volontaria” (1986, pag. 449); Greenberg e Safran sostengono che “la focalizzazione su immagini che emergono spontaneamente può essere un mezzo importante per accedere al complesso dei significati affettivi”(1987, pag. 217).

Le immagini hanno caratteristiche simili alle metafore; sono dotate di forte carica espressiva ed evocativa e non hanno significati univoci; anzi sono costruibili e ri-costruibili all'interno di cornici di significato diverse ma non per questo necessariamente incompatibili fra loro. Le immagini, come le metafore, possono essere talvolta proposte dal paziente, così come dal terapeuta, per “aiutarsi” a condividere significati difficili da esprimere poiché appartenenti principalmente a dimensioni implicite.

Il linguaggio delle immagini può emergere in seduta sia attraverso il racconto di sogni notturni sia tramite l'utilizzazione di procedure d'immaginazione guidata, di diverso tipo. Non è

possibile, in questo spazio, soffermarsi dettagliatamente né sulle modalità di condurre queste esperienze né su quelle utilizzate per aiutare la persona a costruire, esclusivamente attraverso processi di tipo associativo, una personale lettura dei significati della propria produzione immaginativa (notturna o guidata) (cfr. Cionini, 2013). Mi limiterò quindi, esclusivamente a un secondo breve esempio clinico nel quale l'uso dell'immaginazione guidata, insieme a quello del corpo e a un cambiamento momentaneo del setting (rispetto al vis-a-vis usuale), è servito a sbloccare una situazione di *impasse* del percorso terapeutico, che durava da circa un mese, con un paziente di sesso maschile (che chiamerò Giorgio), dell'età di circa 35 anni, in terapia da poco più di un anno.

Secondo esempio clinico

L'esperienza precoce di Giorgio sembrava essere stata caratterizzata da eventi traumatici relazionali multipli che, durante l'assessment, era stato in grado di narrare, ma con assoluto distacco emotivo, tanto da farmi pensare alla fenomenologia di un disturbo dissociativo della coscienza. Molti degli eventi problematici della sua infanzia in famiglia erano stati ripresi e analizzati nel corso della terapia e questo aveva permesso a Giorgio di "prendere atto", almeno a parole, della sofferenza che "potevano" avergli procurato e delle implicazioni che "potevano" avere anche sul suo modo di comportarsi nell'oggi, nelle situazioni relazionali che aveva portato come "problema" nella richiesta di aiuto. Questo percorso, per quanto avesse aumentato la sua consapevolezza teorica sugli effetti delle sue esperienze precoci, non sembrava però aver portato a cambiamenti sostanziali nel suo modo di sentire e muoversi all'interno delle relazioni attuali. Da circa un mese, come detto, avevo avuto la sensazione di un momentaneo blocco del processo di avanzamento terapeutico, sensazione che, nell'ultima seduta, eravamo riusciti a condividere; il paziente l'aveva verbalizzata in questi termini:

P. "Mi sento bloccato.. c'è la voglia di andare avanti con questo percorso ma al tempo stesso mi sento frenato e questa sorta di conflitto si accompagna a una sensazione di malessere che si manifesta sotto forma di un nodo allo stomaco"

Immaginando di poter utilizzare questa immagine corporea, a chiusura della seduta, avevo proposto al paziente, per la prima volta, un momentaneo cambio di setting per l'incontro successivo. Il nuovo setting prevedeva che il paziente fosse disteso su una poltrona reclinabile mentre io mi sarei seduto vicino a lui, al suo fianco (cfr. Cionini & Ranfagni, 2009).

La volta successiva, in questa nuova disposizione spaziale, dopo aver chiesto a Giorgio come si sentiva rispetto alla nostra diversa vicinanza e alla poltrona, effettuavo una breve induzione indiretta di trance (Erickson, 1986): chiedevo quindi al paziente di chiudere gli occhi, di concentrarsi dapprima su tutto il suo corpo e sulle sensazioni che sentiva provenire da esso e quindi di farmi sapere da quali parti del corpo sentisse arrivare "segnali" più significativi. Mi indicava quella parte dove, nella seduta precedente aveva percepito la sensazione del nodo:

P. (...) "La pancia che si ribella"

Sentendo che la pancia del paziente cominciava a gorgogliare e dopo aver condiviso con lui quest'osservazione, gli dicevo:

T. "La pancia che si ribella.. come se avesse da dire qualcosa..... Potrebbe provare a tradurlo in parole... come se la pancia parlasse attraverso la sua bocca..... prendendosi tutto il tempo che vuole"

Dal momento che il paziente mi faceva presente la difficoltà di far parlare la pancia "senza intercettarla, senza inibirla", effettuavo un ulteriore approfondimento di *trance* suggerendogli che in quella parte del corpo, nella quale aveva e aveva avuto la sensazione del "nodo", si sarebbero probabilmente configurate alcune immagini che avrebbe potuto visualizzare gradualmente in modo sempre più nitido e chiaro.

Il linguaggio nel processo di cambiamento

Al termine dell'induzione, mi riferiva che mentre io parlavo, lentamente erano emerse una serie di immagini "nitide" dei volti di alcune persone, fra i quali i suoi "familiari". Me li descriveva sinteticamente. Riporto a questo punto alcuni brani dei successivi turni conversazionali:

P. (...) *"Mi chiedo perché mi sono venute da visualizzare quelle persone (...) non capisco il motivo (...) allora ho smesso di farle fluire e mi sono messo a cercare di inquadrarle all'interno di ragionamenti"*

T. *"Come se... o parla la pancia o parla la testa!?"*

P. (...) *"Non c'è molto dialogo fra le parti.. pongo una serie di limiti che frenano parecchio.. non capisco cosa freno.. ma sento che freno"*

T. *"Non fermiamoci tanto, in questo momento, sul capire (...) oggi la pancia è stata autorizzata a parlare anche se la testa non ha capito del tutto"*

E dopo alcuni ulteriori turni chiedevo:

T. *"Come si sente in questo momento?"*

Il paziente mi diceva inizialmente di "sentirsi arrabbiato" rispetto a quanto visualizzato anche e soprattutto per il fatto di non capirne il senso, aggiungendo subito dopo "Ci resto male".

Gli facevo allora osservare che fra "Mi fa arrabbiare" e "Ci resto male" c'era differenza e gli chiedevo di provare a concentrarsi nuovamente sull'immagine del nodo alla pancia, per cercare di entrare maggiormente in contatto con le sensazioni del momento:

P. *"Effettivamente... ho detto rabbia ma non è che sia particolarmente arrabbiato, direi che sono più deluso, più amareggiato, però..."*

T. *"Più triste?"*

P. *"Sì più triste... però non è che posso dire che sono triste"*

Mentre diceva queste parole, i suoi occhi si riempivano di lacrime e, nel momento in cui glielo facevo notare, Giorgio iniziava a piangere in modo evidente affermando, un po' rabbiosamente:

P. *"Anche questo... mi scusi... ma non lo capisco... perché devo essere triste ora, non lo so"*

L'esperienza vissuta in questo nuovo tipo di setting aveva "socchiuso la porta" alla possibilità – che si è realizzata in un incontro successivo – di iniziare a entrare in contatto con le sensazioni distanziate o dissociate collegate alle esperienze precoci intrafamiliari. Sul piano della conoscenza esplicita un'ipotetica relazione fra rabbia e tristezza/dolore era già stata costruita alcuni mesi precedenti, osservando come frequentemente gli fosse capitato di esplodere in violente manifestazioni di rabbia nei confronti soprattutto degli amici più vicini, in situazioni nelle quali aveva avuto la sensazione di essere stato "messo da parte" e/o di "non essere visto". Ma questa consapevolezza teorica era rimasta scissa rispetto alle sensazioni vissute precocemente in famiglia nonostante, in altri momenti, avesse affermato di essersi sentito "invisibile", rispetto ai genitori e alla sorella più grande, e non in grado – non solo di esprimere loro ma anche di dire a se stesso – quali fossero le proprie opinioni e i propri desideri.

Credo che l'empasse che avevamo condiviso potesse essere legata non solo alla difficoltà di connettere parti scisse di sé tramite acquisizioni prevalentemente concettuali ma, paradossalmente, che proprio queste acquisizioni – percepite/adombrate da Giorgio come una minaccia per l'equilibrio del proprio sistema – potessero essere state una concausa del blocco.

In questa prima seduta "su poltrona", Giorgio non mi aveva descritto le immagini che aveva visualizzato mentre le "vedeva" ma me le aveva raccontate sinteticamente solo a posteriori, evidenziando anche in questo, oltre che con le parole, la difficoltà a "lasciar parlare la pancia senza intercettarla", a stare con le proprie sensazioni.

Dopo circa un mese – durante il quale quanto era avvenuto in "poltrona", in questa e nella seduta successiva, era stato ricostruito e rianalizzato insieme – avevamo deciso di utilizzare nuovamente il setting poltrona per la terza volta. In questo caso, dopo l'induzione di *trance* e la

proposta di visualizzare un'immagine suggerita da Giorgio stesso, la produzione immaginativa era stata molto più ricca e, come normalmente avviene, riferita "in presa diretta"; la pancia era stata lasciata libera di esprimersi. A un certo punto erano emerse immagini relative alla casa in cui aveva abitato all'età di 6-7 anni ed erano riaffiorati ricordi di scene vissute, presentate inizialmente come "momenti piacevoli da ricordare... scene di vita normale vissuta in quel periodo con le persone che abitavano in quella casa". Gradualmente però le immagini avevano assunto una diversa colorazione affettiva: Giorgio adulto era sulla soglia della cucina, poteva vedere tutti i familiari intorno al tavolo ma non Giorgio "piccolo", "come se non esistesse"; poco dopo riusciva a vederlo, seduto con gli altri intorno al tavolo, mentre giocava da solo. Nessuno si occupava di lui. E il pianto, questa volta, era arrivato non più trattenuto. Nelle immagini successive Giorgio adulto si avvicinava a Giorgio piccolo; prima si metteva a giocare con lui, quindi, prendendolo per mano, lo portava con sé in un cono di luce. Giorgio adulto e Giorgio piccolo si trovavano ora "persi nell'osservare il cielo... quasi abbandonati a questa visione dell'azzurro del cielo (...) una sensazione piacevole... sembra quasi di poter iniziare a passeggiare nel cielo (...) e sta bene, gliel'ho chiesto... sì, è contento".

Era come se Giorgio adulto avesse trovato il modo di offrire a Giorgio piccolo quell'attenzione, quel "diritto a esistere", che non aveva percepito nelle sue relazioni infantili, realizzando una prima integrazione fra le sue sensazioni di allora e le sue possibilità di oggi.

Il diverso utilizzo del setting, del linguaggio verbale e l'accesso diretto alla dimensione sensoriale/corporea attraverso l'immaginazione guidata, hanno permesso a Giorgio, in queste sedute, di riconnettere le sensazioni implicite del presente con quelle del passato. Un'integrazione "sentita", presumibilmente difficile da realizzare in altro modo, che ha consentito la riattivazione di un "movimento" e reso possibile a Giorgio, già dalle settimane successive, di iniziare a percepire possibilità diverse rispetto a sé, e a sé con l'altro, e a porsi diversamente nelle sue relazioni dell'oggi.

Riferimenti bibliografici

- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine. (trad. it. *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi, 1976)
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment. Co-constructing interactions*. Hillsdale: Analytic Press. (trad. it. *Infant research e trattamento degli adulti. Un modello sistematico-diadico delle interazioni*. Milano: Raffaello Cortina, 2003)
- Cionini, L. (1994). Parlare di emozioni e vivere emozioni in psicoterapia. In AA.VV., *Psicoterapie a confronto*. Roma: Melusina.
- Cionini, L. (2013). La psicoterapia cognitivo-costruttivista. In L. Cionini (a cura di), *Modelli di psicoterapia*. Roma: Carocci.
- Cionini, L., & Ranfagni C. (2009). Dal setting descrittivo al setting funzionale: regole d'improvvisazione nel gioco della terapia. In C. Loredi & F. Acri (a cura di), *Il setting in psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
- Erickson, M. H. (1986). *Mind-body communication in hypnosis*. New York: Irvington Publishers. (trad. it. *La comunicazione mente-corpo in ipnosi*. Roma: Astrolabio, 1988)
- Frijda, N. H. (1986). *Emotions*. New York: Cambridge University Press. (trad. it. *Emozioni*. Bologna: Il Mulino, 1990)
- Glaserfeld, E. von (1982). An Interpretation of Piaget's Constructivism. *Revue Internationale de Philosophie*, 36, 612-35.

Il linguaggio nel processo di cambiamento

- Glaserfeld, E. von (1984). An introduction to radical constructivism. In P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality: How do we know what we believe we know? Contributions to constructivism* (pp. 17-40). New York: Norton. (trad. it. Una introduzione al costruttivismo radicale. In P. Watzlawick (a cura di), *La realtà inventata*. Milano: Feltrinelli 1988)
- Glaserfeld, E. von (1988). The reluctance to change a way of thinking. *Irish Journal of Psychology*, 9, 1, 83-90.
- Greenberg, L., & Safran, J. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change*. New York: Guilford Press.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. London: Karnac. (trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987)
- Stern, D. N. (2004). *The Present Moment: In Psychotherapy and Everyday Life*. New York: Norton. (trad. it. *Il momento presente*. Milano: Cortina, 2005)
- Stern, D. N. (2006). L'implicito e l'esplicito in psicoterapia. In M. Spagnuolo Lobb (a cura di), *L'implicito e l'esplicito in psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
- The Boston Change Process Study Group (2010). *Change in psychotherapy. A unifying paradigm*. New York-London: Norton & Company. (trad. it. *Il cambiamento in psicoterapia*. Milano: Cortina, 2012)

L'Autore

Lorenzo Cionini, psicologo psicoterapeuta, è Co-Direttore e Didatta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista del CESIPc di Firenze, Didatta e *Past-President* della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), *Past-President* della Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia (FIAP); Didatta della Associazione Italiana di Psicologia e Psicoterapia Costruttivista (AIPPC), già Professore Associato di Psicologia clinica presso la Scuola di Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze. È autore e curatore di numerosi articoli e volumi sulla psicologia e sulla psicoterapia costruttivista.

Email: lorenzocionini@icloud.com



Citazione (APA)

Cionini, L. (2015). Il linguaggio delle parole, il linguaggio del corpo e il linguaggio delle immagini nel processo di cambiamento. *Costruttivismi*, 2, 169-180. doi: 10.23826/2015.02.169.180